

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<p>RISERVATO ALLA SEGRETERIA</p>	<p>COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA VARESE (D.M. 21.6.1991 n. 286) Sezione distaccata di BUSTO ARSIZIO Piazza Plebiscito 1, Scala B Busto Arsizio commissione.patenti.busto@asst-valleolona.it</p>
--	---	--

Il sottoscritto/a			
nato		prov.	() il
residente in		prov.	()
via / piazza		n.	c.a.p.
nazionalità		codice fiscale	
carta di identità' n		rilasciato il:	da:
telefono n.		cellulare n.	
titolare e in possesso* di PATENTE DI GUIDA categoria			n
rilasciata il		con scadenza validità al	

*Se ritirata allegare copia verbale di ritiro

INDIRIZZO (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) al quale si chiede di ricevere la patente nuova			
Comune		c.a.p.	prov ()
Via/piazza		n	

chiede di essere sottoposto a visita medica di Commissione per idoneità alla guida per				
conseguimento	rinnovo	patologia	revisione	superiore

e, informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli art 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa

DICHIARA		SI	NO
1 320/A	Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio riferite a pregresso infarto, angina, aneurisma, ipertensione con danno d'organo, pregresso intervento cardiocirurgico di by-pass, trapianto cardiaco, protesi valvolare, impianto di P.M, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 320/A	Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio riferite a impianto di defibrillatore (ICD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 320/B	Sussiste diabete mellito Se sì, specificare di quale tipo _____ <input type="checkbox"/> Insulino dipendente <input type="checkbox"/> NON insulino dipendente <input type="checkbox"/> trattato con sola dieta o ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 320/C	Sussistono altre patologie endocrine (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi) Se sì, indicare quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 320/D	Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.). Se sì indicare quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 320/d	Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsive). Se sì, specificare la data dell'ultima crisi ed indicare la terapia eseguita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 320/E	Soffre (ha sofferto) di turbe o patologie psichiche (ad es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.). Se sì, indicare quali ed in quale periodo ne ha sofferto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 320/E	E' (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi . Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 320/F	Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (es. guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri ecc.). Se sì, specificare di quale tipo e quando (se emanato, allegare decreto del Prefetto a norma art 186 del N.C.d.S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 320/F	Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD o altre droghe . Se sì, specificare quando (se emanato, allegare decreto del Prefetto a norma art 187 del N.C.d.S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ha subito un trauma cranico . Se sì, specificare quando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 320/G	Sussistono malattie del sangue . Se sì, specificare quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 320/H	Sussistono malattie dell' apparato uro-genitale (ad es.: insufficienza renale cronica) Se sì, specificare quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Sussistono patologie visive (es. Retinopatia Diabetica, Glaucoma, ecc) Se sì, quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sussistono patologie uditive (es. portatore di apparecchio acustico) Se sì, quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Soffre di disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne (OSAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Si è stato riconosciuto invalido civile ? Se sì specificare in quale misura (%Tab.) _____ e allegare copia leggibile del verbale con la diagnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Si è richiesto ed ottenuto contrassegno di parcheggio ? Se sì allegare documentazione clinica presentata per ottenerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara, di aver ricevuto le informazioni di cui all'art 13 del D.Lgs 196/2003 e Reg. UE n. 679/2016. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustrate

Data _____	Firma dell'interessato _____
------------	------------------------------

<u>FOTOTESSERA:</u>	<u>FIRMA (verrà stampata sulla patente):</u>
---------------------	--

PER PRENOTARE VISITA MEDICA IN COMMISSIONE MEDICO LOCALE (CML) PER PATENTI:

1. **COMPILARE** il modulo A (Pagina 1)
2. Apporre **FOTOTESSERA** (recente e senza occhiali) e **FIRMARE** all'interno del riquadro (Pagina 2)
3. Allegare attestazione ricevuta pagamento corrispettivo diritti a favore del dipartimento dei trasporti terrestri: effettuabile dal 14/02/2022 con SPID o Carta di Identità Elettronica tramite piattaforma PagoPA sul sito del "Portale dell'Automobilista" selezionando la tariffa corrispondente alla prestazione richiesta. Il pagamento è effettuabile anche tramite un'agenzia di pratiche automobilistiche.
 - Tariffa **RINNOVO PATENTE**: codice N004 ("Rinnovo patente") – importo 10,20€ + 16€
 - Tariffa **REVISIONE/DUPLICATO/CONSEGUIMENTO**: codice N019 ("Imposta di bollo") – importo 16€
4. **ALLEGARE FOTOCOPIA DI:**
 - a. Patente di guida posseduta
 - b. Documento di identità in corso di validità
 - c. Tessera sanitaria
 - d. Precedente verbale se emesso da un'altra CML
 - e. Verbale di invalidità
 - f. In caso di REVISIONE allegare lettera inviata dalla motorizzazione o Decreto di notifica della prefettura
5. Consegnare la documentazione all'Ufficio Patenti per ottenere l'appuntamento in Commissione Medica:
 - Via email all'indirizzo commissione.patenti.busto@asst-valleolona.it
 - Recandosi allo sportello prenotando un accesso con il servizio SI-BOOK <https://prenotazioni.sportellidistretto.asst-valleolona.it> o presentandosi il martedì e venerdì mattina tra le 08.30-09.30 per l'accesso libero (n. 5 accessi).
6. Il pagamento della visita potrà essere effettuato in ufficio con carta o bancomat il giorno della prenotazione per coloro che si prenoteranno in ufficio oppure tramite pagopa inviato per email per coloro che effettueranno la prenotazione tramite posta elettronica (il pagamento deve essere effettuato in anticipo, NON il giorno della visita).

Sono prenotabili i soli residenti nei seguenti comuni: Busto Arsizio, Castellanza, Marnate, Olgiate Olona, Fagnano Olona, Solbiate Olona, Gorla Minore e Gorla Maggiore. Si invita i residenti in altri comuni a rivolgersi al proprio Distretto di Competenza.

Si informa inoltre che la prenotazione della visita deve essere effettuata con 3/4 mesi di anticipo rispetto alla scadenza della patente.

LE PRATICHE MANCANTI DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA VERRANO SOSPESSE FINO AD
INTEGRAZIONE DELLA STESSA.

PER TUTTE LE INFORMAZIONI O COMUNICARE EVENTUALE IMPOSSIBILITÀ A PRESENTARSI ALLA VISITA SCRIVERE ALL'INDIRIZZO commissione.patenti.busto@asst-valleolona.it

Si ricorda che è stata aggiunta la possibilità di prenotare autonomamente il proprio appuntamento in commissione medica dal sito <https://hp.asst-settelaghi.it/PORTAL/>.